¿Los pacientes con fracturas atípicas del fémur tienen mayor mortalidad que los paci

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 07 Julio 2017 13:53
Escrito por: Endoweb
Visitas: 13075

Mortalidad Asociada con las Fracturas Femorales Atípicas, un evento adverso temido del tratamiento antiresortivo a largo plazo.

Kharazmi M, Hallberg P, Michaëlsson K y colaboradores Uppsala University, Uppsala; Linköping University, Linköping, Suecia [Mortality After Atypical Femoral Fractures: A Cohort Study] Journal of Bone and Mineral Research 31(3):491-497, Mar 2016

Los bisfosfonatos reducen el riesgo de fracturas vertebrales y no vertebrales en las mujeres menores de 75 años con fracturas vertebrales preexistentes y baja densidad mineral ósea, individuos con fracturas previas de cadera y mujeres con osteoporosis. Se estima que para evitar una fractura de cadera, el número necesario de mujeres con osteoporosis a tratar, es de 175 durante 3 años. Sin embargo, desde hace unos años se observó que los bisfosfonatos se relacionaban con mayor riesgo de fracturas del fémur con imágenes radiográficas atípicas, lo que actualmente se considera un efecto adverso relacionado con estos fármacos. El riesgo absoluto para esta complicación es de 11 fracturas femorales atípicas por año en 10 000 pacientes (número necesario para dañar de 300, en un período de tratamiento de tres años). Existe poca información sobre la mortalidad relacionada con las fracturas femorales atípicas, con un único informe de una pequeña serie de casos, de 11% luego de cuatro años.

El objetivo del presente estudio fue utilizar un registro nacional sueco de cohortes de mujeres y hombres para evaluar si las fracturas atípicas se asociaban con mayor mortalidad en comparación con las fracturas típicas subtrocantéricas y de cadera.

En Suecia se analizaron radiografías de todos los pacientes mayores de 55 años con fracturas subtrocantéricas o del fémur en un período de tres años (en total, 5342 registros), y en 0.9% de los casos se identificó una causa externa (en general, caídas). Las fracturas se clasificaron en tres grupos: 1) en 172 pacientes se observaron fracturas atípicas del fémur (transversas al lado lateral con engrosamiento cortical focal en el sitio de la fractura), 2) en 952 individuos hubo fracturas subtrocantéricas o típicas (grupo control) y 3) en 4218 pacientes hubo otras fracturas: del trocánter o del cóndilo femoral (2594 casos), asociadas con alteraciones mecánicas del fémur por prótesis de rodilla o cadera o artrodesis o clavos colocados previamente (1380 pacientes), por fracturas del cuello femoral (158 casos), fracturas patológicas (70 individuos) o fracturas en otros huesos (16 casos). En 98% de los casos del grupo 1 y en 92% de los del

Phoca PDF

grupo 2, el tratamiento quirúrgico consistió en la colocación de clavos intramedulares. Mediante otros registros suecos se obtuvo información sobre el uso de medicación (no sólo bisfosfonatos, sino además, tratamientos hormonales, antidepresivos, anticonvulsivos, inhibidores de la bomba de protones y corticoides orales) y las altas del hospital, las consultas ambulatorias, los diagnósticos primarios y secundarios y las muertes (incluyendo la causa de éstas) hasta siete años luego de la fractura.

La edad de los pacientes en el grupo 1 fue menor en comparación con las fracturas típicas (media de la diferencia de 5.6 años, intervalo de confianza [IC] 95%: 4.1 a 7.2); 93% y 81% de los participantes en estos grupos, respectivamente, eran mujeres. La prevalencia de enfermedades endócrinas, neurológicas y psiquiátricas fue menor en sujetos con fracturas atípicas en comparación con el grupo 2. Del seguimiento de 4013 personas por año, con una media de cuatro años y un máximo de siete, 39 pacientes con fracturas atípicas fallecieron en comparación con 588 en el otro grupo (23% contra 62%, respectivamente). Se observaron diferencias en el patrón de mortalidad: la tasa fue mayor en el grupo 2 en forma temprana tras la fractura (213 individuos fallecieron durante el primer año), mientras que no hubo fallecimientos en el grupo 1 en el primer año posterior al evento. El patrón de causas subyacentes a la muerte fue similar en ambos grupos, con 40% de decesos relacionados con causas cardiovasculares. El RR general de muerte ajustado por distintas variables fue de 0.51 en el grupo 1 en comparación con el grupo 2 (IC 95%: 0.38 a 0.68), y esta diferencia fue notoria tanto en hombres como en mujeres, en quienes recibían o no bisfosfonatos y en individuos menores o mayores de 80 años. No hubo diferencias significativas en este riesgo cuando se incluyó en el modelo el consumo de terapia de reemplazo con estrógenos o moduladores del receptor de esta hormona, antidepresivos, anticonvulsivos, inhibidores de la bomba de protones o corticoides orales (RR 0.51, IC 95%: 0.38 a 0.68). El menor riesgo de mortalidad en el grupo 1 fue significativo incluso luego del primer año de seguimiento, con un RR ajustado de 0.58 (IC 95%: 0.43 a 0.79), y en un análisis de sensibilidad mediante el método de regresión de Cox los resultados fueron similares (hazard ratio de 0.55; IC 95%: 0.37 a 0.80). No se observó mayor mortalidad relacionada con las fracturas atípicas en comparación con el promedio poblacional (tasa de mortalidad estandarizada por edad y sexo de 0.92; IC 95%: 0.65 a 1.26), incluso cuando se evaluó por separado mujeres y hombres, pacientes tratados o no con bisfosfonatos y sujetos mayores o menores de 80 años. Por otro lado, las fracturas típicas se asociaron con mayor mortalidad en comparación con la población general (tasa estandarizada de 1.82; IC 95%: 1.69 a 1.99), con mayor riesgo en los hombres.

Phoca PDF

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 07 Julio 2017 13:53
Escrito por: Endoweb
Visitas: 13075

Conclusión:

En pacientes con fracturas femorales atípicas las tasas de mortalidad son menores en comparación con las fracturas típicas relacionadas con fragilidad. En los primeros, la mortalidad es similar a la población general, sin diferencias entre quienes consumen o no bisfosfonatos.

Resumen y traducción: Dra. María Belén Zanchetta

Phoca PDF